In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

Pathologie du Liquide amniotique

PR N'GUESSAN KOFFI LEON PACOME

Introduction

I- Généralités

1- Rappel

Le liquide amniotique est un liquide clair transparent, blanchâtre en fin de grossesse. Son odeur est fade. Son poids spécifique est de 1007. Sa réaction est faiblement alcaline, le PH est compris entre 6,90 et 7,20. Son poids est atteint celui du fœtus vers le milieu de la grossesse ; à son terme, son volume varie d'une grossesse à l'autre, de 500 à 1000 ml en moyenne. Une quantité supérieure à 2000 ml définit l'hydramnios.

2- Composition

Il est constitué par de l'eau dans la proportion de 98,4 à 99,4 %. Le résidu sec se compose de sels minéraux (0,71 % de chlorures, surtout alcalins) et de substances organiques (0,25 %)

3- Cytologie

Le liquide amniotique contient des cellules épidermiques desquamées, des poils de lanugo et des fragments de matière sébacée qui forment des grumeaux blanchâtres, également des cellules provenant de l'arbre urinaire fœtal , et du vagin lorsque le sexe est féminin.

4- origine

- **origine fœtale**

Au début de la grossesse, le liquide amniotique n'est qu'une expansion extra-cellulaire du fœtus lié à la perméabilité de la peau qui disparait vers 20 SA. Plustard

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

il provient des sécrétions rénales. Toutefois sa composotoion est différente de celle de l'urine. A terme 7 ml/kg/h sont excrété par le fœtus. Viennent s'y ajouter au cours du dernier trimestre des secretions pulmonaires (300 ml/24 heures).

- **origine amniotique**

le liquide amniotique serait aussi sécrété par l'amnios, que tout l'épithélium participe à cette fonction ou celle-ci soit réservée à des cellules sécrétantes spécialisées.

Un autre mécanisme a été invoqué : la transudation de liquide à partir du sang foeatl contenu dans les vaisseaux villositaires. Pour que cette transudation soit possible, il faut que la tension de la veine ombilicale soit très supérieure à la normale ; aussi ce mécanisme ne semble t-il jouer un role que dans certains cas pathologiques.

- **Origine maternelle**

La transudation de liquide d'origne maternelle à travers les membranes ovulaires serait possible. L'injection de colorant dans la circulation maternelle montre son passage à travers l'épithéluim amniotique.

En somme l'origine du liquide amiontique est surtout fœtale.

5- Résorption

Deux mécanismes peuvent expliquer la résorption du liquide amniotique.

- **La déglution du liquide amniotique par le fœtus.**

Le liquide dégluti est absorbé par l'intestin. Parvenu dans le sang fœtal, il traverse la barrière placentaire, emprunte la circulation maternelle et est éliminé par les reins

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

maternels. On estime à 500 ml la perte de liquide ainsi dégluti par le fœtus en 24 heures.

❖ **La réabsorption par l'épithélium amniotique**

Processus de réabsorption active pour certaines substances comme l'eau et les glucides.

En somme , on admet en général que le passage dans la circulation maternelle du liquide amniotique et, à l'inverse, le passage du liquide amniotique dans l'organisme maternel est :

- Soit direct, à travers les membranes ;
- Soit indirect, par l'intermédiaire du fœtus.

Ainsi s'établit entre la production et la résorption du liquide amniotique, un équilibre qui maintient son volume sensiblement constant. Son renouvellement s'effectue en 3 heures. Sa circulation est contrôlée par un mécanisme régulateur mal connu.

6- Rôle physiologique

Il est différent pendant la grossesse et pendant l'accouchement :

- **Pendant la grossesse.**
  - Le liquide assure l'hydratation du fœtus et lui apporte quotidiennement une certaine quantité d'eau et de sels minéraux.
  - Permet le développement du fœtus et ses déplacements. Facilite l'accommodation de la présentation.
  - Réalise l'isolement thermique du fœtus ;

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

  - Protège le fœtus contre les traumatismes extérieurs, contre les compressions du cordon ombilical, contre les infections.
- **Pendant le travail d'accouchement.**
  - Continue à protéger contre l'infection et le traumatisme ;
  - Concourt à la formation de la poche des eaux ;
  - Lubrifie la filière génitale après la rupture des membranes et facilite les progrès de la présentation.

II- Excès de liquide amniotique et hydramnios

- **Définition**

- VN = 1 litre
- Entre 1 et 2 litres, on dit qu'il ya excès de liquide
- > 2 l = hydramnios

- **Pathogénie**

Trouble de la résorption ou de la formation :

- Anomalie de la résorption ont une origine fœtale. Toute anomalie anatomique ou fonctionnelle empêchant la déglutition ou le transit digestif du fœtus est susceptible d'entrainer un hydramnios.
- Un excès de production peut également avoir une origine fœtale, au niveau de la peau ou de l'appareil urinaire ou lorsqu'ils existent des malformations du système nerveux central, avec ouverture du tube neural. Il peut révéler aussi de phénomènes infectieux au niveau de l'amnios.
- Toute entrave à la circulation foeto-placentaire modifiant l'équilibre hémodynamique peut être cause d'hydramnios

L'hydramnios se divise en deux formes délimitées entre elles, mais qui dans leurs aspect typique s'opposent par leur fréquence, leur étiologie, leurs symptômes, leur pronostic, leur traitement : l'hydramnios chroniques et l'hydramnios aigu.

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

A-hydramnios chronique

L'hydramnios survient au cours de 0,5 à 1 % des grossesses. Il est caractérisé :

1- Etiologie

20 % restent sans étiologie connue.

- **Les causes maternelles**

Se rapportent à l'excès de transsudation de la mère au fœtus.

- Diabète +++
- Toxémie gravidique sévère ;
- Anémies ;
- Infections : syphilis, toxoplasmose ; cytomégalovirus

- **Les causes fœtales**

- Tous les obstacles à la circulation ombilicale
- La grossesse gémellaire
- Syphilis
- Incompatibilité sanguine foeto-maternelle (anasarque foeto-maternelle ++)
- Les circulaires, nœuds, torsions et angiomes du cordon ombilical
- Certaines malformations fœtales dus système nerveux central, digestives

2- Diagnostic positif

L'hydramnios chronique est tardif. Il se manifeste dans les derniers mois de grossesse. Il est insidieux, progressif et modéré, sans manifestations fonctionnelles au début.

- **Les signes fonctionnels et généraux**
  - Essoufflement ;
  - Fatigue

- Douleurs dorso-lombaires
- Constipation
- Pollakiurie
- Découverte systématique

➢ **Les signes physiques**

- **A l'inspection :**

- Le ventre est trop gros, à la vue et à la mensuration de la hauteur utérine
- La femme s'assied les cuisses écartées ;
- Nombreuses vergetures et circulation veineuse collatérale sur l'abdomen
- Œdème sus-pubien.

- **A la palpation**

- Abdomen tendu et rénitent. Il donne à la chiquenaude la sensation de flot recueillie par l'autre main à plat sur le coté du ventre, la main d'un aide appuyé longitudinalement sur la ligne médiane par son bord interne éliminant les vibrations pariétales.
- Le contenu utérin est difficile à apprécier à cause de la tension pariétale
- Le ballotement fœtal est facilement perçu, mais le pole fœtal pelvien ballotte autant que le pole céphalique.

- **A l'auscultation fœtal**

- Les bruits du cœur fœtal sont assourdis et difficilement perçus à l'auscultation, mais l'activité cardiaque fœtale est prouvée aux ultrasons.

- **Au toucher vaginal**

- Le segment inférieur est aminci, le col souvent déhiscent, c'est-à-dire ouvert sans être effacé.
- Ainsi les doigts arrive directement sur les membranes qui sont tendues et , par leur intermédiaire, sur la présentation, qui parait ronde et fuyante, revenant frapper le doigt comme un glaçon dans l'eau.

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

- **L'échographie**

- Est l'examen capital qui confirme l'impression clinique ou découvre parfois un hydramnios insoupçonné lors de l'examen systématique.
- Montre l'abondance du liquide caractérisée par une zone noire vide d'échos et éloigne les contours fœtaux des échos utérins
- Rechercher toujours la malformation fœtale ou une ascite.

- **Les formes cliniques**

- Excès de liquide amniotique (sans signes fonctionnels)
- Hydramnios du début de la grossesse aboutissant à l'avortement

- **Evolution**

- L'hydramnios chronique évolue par à-coups : phases stationnaires suivies d'augmentation et de régression.
- La grossesse peut se terminer à terme
- Mais rupture prématurée des membranes soit spontanément ou à l'occasion d'un effort, d'un toucher vaginal, prélude habituel d'un accouchement prématuré.
- L'accouchement est souvent normal. Mais des complications peuvent survenir :
  - Si les membranes restent intactes, la distension de l'utérus peut etre cause d'anomalie contractile (dilatation stationnaire) associée à une mauvaise accommodation de la présentation au détroit supérieur (présentation vicieuse)
  - Si les membranes se rompent
    - prématurément on peut observer l'hydrorrhée amniotique
    - précocement pendant le travail on peut avoir une procidence du cordon.

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

- La délivrance, souvent normale, peut tarder à se produire, la reprise des contractions se faisant plus lentement après la surdistension utérine (hémorragies de la délivrance +++)

3- Diagnostic différentiel

Devant la surdistension utérine

- Erreur de terme ;
- Grossesse multiple ;
- Macrosomie fœtale ;

4- Traitement

La conduite à tenir dépend de l'importance de l'hydramnios et de son retentissement maternel mais surtout de l'étiologie.

- Malformation incompatible avec la vie de l'enfant : déclenchement de l'accouchement (voie basse+++)
- Hydramnios est la conséquence d'une pathologie curable : expectative en aidant la grossesse à se prolonger le plus près possible du terme.
  - Ponctions de 100 à 200 ml par voie abdominale (aiguille à PL)
- Hydramnios isolé : laisser évoluer la grossesse le plus près possible du terme
- **Pendant le travail**
  - Respecter la poche des eaux
  - Pas d'ocytociques
  - Si dystocie dynamique :RAM prudente après position de Trendelenburg
- **Délivrance** doit être artificielle
- Nouveau-né à adresse en néonatalogie

B- hydramnios aigu

1- Etiologie

- Grossesse gémellaire monovitelline
- Anencéphalie et autres malformations

2- Symptomatologie clinique

- Il est précoce entre le 4ème et le 6ème mois de la grossesse.
- Il est rapide se constituant en quelques jours
- Il est abondant > 10 l
- Eclatant dans ses manifestations cliniques

- **Signes fonctionnel et généraux**

- Anxiété, malaise général constant , insomnies ;
- Douleurs lombo-abdominales en ceinture irradiant vers les aines et les cuisses, vers la base du thorax.
- Gène cardio-pulmonaire : dyspnée d'effort et tachycardie
- Vomissements abondants voire syndrome subocclusif
- Oedèmes des membres inférieurs

- **Signes physiques ne laissent aucun doute**

- Augmentation rapide du volume de l'utérus : HU > 40 cm
- Tension utérine permanente
- Pas de perception des parties fœtales ni à la palpation ni à l'auscultation
- Au toucher vaginal, le col est déhiscent, la poche des eaux accessible et très tendue, le segment inférieur est rempli et tendu.

3- Echographie

Confirme l'importance de l'hydramnios et fait souvnt le diagnostic étiologique.

4- radiographie

5- Evolution et pronostic

Se fait le plus souvent vers l'interruption de la grossesse spontanée par la surdistension utérine et entrée en travail ou provoquée.

6- Traitement

Rupture prudente des membranes dans les déhiscences cervicales, pour éviter les accidents de la déplétion brutale. L'accouchement s'en suit assez vite.

III- Oligoamnios

- Définition : LA < 200 ml en enfin de grossesse

1- Etiologie : malformation fœtale +++

- Doit faire penser à une insuffisance de la diurèse fœtale :
- Organique : malformation rénale bilatérale grave
- Fonctionnelle : insuffisance utéro-placentaire
- Syndrome vasculorénal
- Grossesse gémellaire monochoriale biamniotique
- Tabagisme
- Traitement à l'indométacine

2- diagnostic positif

Les signes sont souvent tardifs :

- Retard de développement de l'utérus (HU insuffisante)
- Fœtus difficile à palper (utérus moulé)
- **L'échographie permet le diagnostic précoce**

- Impression de mauvaise visualisation fœtale avec citerne < 3 cm
- Fœtus ramassé sur lui-même en hyperflexion
- Biométrie difficile à réaliser

3- diagnostic différentiel

4- traitement

- rupture prématurée des membranes (instillation d'un colorant dans le liquide amniotique)